

INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES¹

Mark Beyebach ²

PROLOGO

Imagine el lector que acude, como cliente, a una primera entrevista con una profesional de salud mental. Por teléfono se ha concertado el día y la hora de la entrevista, y la profesional ha invitado a la sesión a todos aquellos miembros de la familia que Ud. ha considerado que podían ser de ayuda. Ahora están todos en el centro. Está nervioso, preocupado por el problema. Sus familiares también parecen preocupados.

Tras aguardar un momento en la sala de espera, les invitan a pasar a una sala funcional, pero agradable. No hay una gran mesa de despacho, sino una pequeña mesa en el centro de la habitación, y a su alrededor varias sillas. La psicóloga (o el psiquiatra, o el trabajador social) les saluda y se presenta. Tras ponerse cómodos, hay algo de charla social y parece que el ambiente se distiende y se relaja. La terapeuta se permite alguna broma mientras le dicen sus nombres, sus edades y profesiones. Tras explicarles el sentido de la entrevista y la forma de trabajo, la psicóloga hace una pequeña ronda, preguntando a todos y cada uno de los presentes en qué les gustaría recibir ayuda. Uds. le describen sucintamente qué es lo que les preocupa. La terapeuta les escucha con atención, y da la impresión de haber entendido cuál es la

¹Este trabajo es una revisión y actualización del artículo “Introducción a la Terapia Centrada en Soluciones”, publicado en (J. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, eds.) *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú, 1999. Se ha publicado en 2012 en (V. Bermejo, T. Arranz, & A. García Moltó, eds.) *Manual de Terapia Familiar*, Madrid: U. Complutense.

²Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Acreditado como docente supervisor en Terapia Familiar por la FEATF. Presidente de la *European Brief Therapy Association*..

preocupación de cada uno, pero no pide más detalles sobre la historia del problema. Tras apenas cinco minutos de conversación, hace una pregunta curiosa:

"Verán , hemos observado con mucha frecuencia que entre el momento en que una persona o una familia contacta con nosotros para pedir una cita y el momento en que celebramos la primera entrevista ya se producen mejorías. ¿Uds. que mejorías han notado desde que llamaron para pedir esta consulta?"

Ud. no sabe muy bien que responder, porque le parece que la situación está igual de mal que en los últimos años, pero su mujer sí contesta, y describe que los tres últimos días las cosas han estado algo mejor en casa. Su hija también parece haberlo notado, aunque dice que no le ha dado mucha importancia. La terapeuta parece interesarse mucho por estos pequeños cambios. Pregunta sobre ellos a todos Uds., y Ud. mismo recuerda también que el lunes anterior las cosas fueron algo mejor. Poco tiempo después, todos Uds. están comentando las implicaciones de estos cambios, discutiendo acerca de cuál es la mejor forma de mantenerlos en marcha, investigando que es lo que cada uno de Uds. ha puesto de su parte. Incluso su hijo mayor, que parecía como ausente al principio de la sesión, está participando activamente.

El tiempo ha pasado volando y llevan ya casi media hora de conversación. Entonces la terapeuta les pide permiso para plantearles una pregunta, según ella, "un poco extraña", pero útil para terminar de hacerse una idea "de a dónde quieren ir Uds."

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que esta especie de Milagro se ha producido?"

Pues sí que era una pregunta extraña. Pero no es difícil contestarla: el problema habría desaparecido del todo. ¡Ni más ni menos!. La terapeuta asiente: "¿Cómo va a notar Ud. que el

problema ha desaparecido? ¿Qué van a hacer Uds. diferente?". Ud. empieza a describir esa especie de "milagro". La terapeuta sigue muy interesado por lo que le está explicando. "¿Y cómo va a reaccionar su mujer cuando Ud. le diga?". Poco a poco, van creando entre todos algo así como una pintura del futuro. Hay cosas que Ud. no se había planteado, cosas nuevas que oye decir a su familia, e incluso algunas que le sorprende a Ud. mismo oírse decir. A veces le cuesta detallar ese futuro sin el problema, pero la terapeuta se muestra paciente y le ayuda a concretar. Pasa otra media hora, y parece que la entrevista toca a su fin.

Antes de salir, la psicóloga hace un resumen de lo que le han dicho entre todos. Sí, desde luego les ha escuchado con atención. Parece que ya va a levantarse, pero luego da la impresión de que recuerda algo:

"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que los problemas que les han traído aquí están resueltos, es decir, algo así como el día después de esa especie de milagro que me han descrito tan bien... Díganme ¿dónde pondrían esta última semana, de 1 a 10?."

Bueno, a Ud. se le dan bien los números. Un cinco. Sí, un cinco. Es curioso, porque cuando llamó para pedir la consulta veía las cosas mucho más negras. Tienen mejor aspecto ahora. Su hija contesta "cinco", también. Su hijo dice que un tres, pero su mujer incluso dice que ve las cosas en un seis. La psicóloga parece querer aprovechar los últimos minutos de la entrevista: "Dígame, señora, ¿qué cosas entran en ese seis?" Y a Ud. "¿Cuál diría que es el secreto para haber pasado de 1 a 5?". Poco después, la terapeuta abandona la sala unos minutos, "para ordenar mis ideas". Y Ud. aprovecha para fumar un cigarrillo.

INTRODUCCION

Lo que hemos resumido en el prólogo es la descripción de una primera entrevista de Terapia Familiar Breve Centrada en las Soluciones (en adelante, TCS). La TCS es una modalidad de terapia breve desarrollada en los años ochenta del siglo pasado en el *Brief Family Therapy Center* de Milwaukee por Steve de Shazer , Insoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer et al., 1986; de Shazer et al., 2007; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Tal vez una primera manera de definir esta forma de trabajar es señalando lo que no se hace, aquello que Ud., lector, tal vez haya echado en falta al leer el prólogo y ponerse en el lugar del cliente. Porque hay varias cosas que una terapeuta centrada en las soluciones habitualmente no hace, ni en la primera sesión ni en entrevistas posteriores:

- a) No investiga la historia del problema ni intenta hacer un diagnóstico psicopatológico. Es más, ni siquiera le interesa excesivamente hablar del problema. Sólo lo justo para que los clientes se sientan escuchados.
- b) No asume la posición de un experto. No trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante. No trata de corregir supuestos "defectos" ni de proponer normas de comportamiento. No actúa como un "cirujano familiar" que interviene para resolver profundos conflictos relacionales.
- c) No trabaja sólo con pacientes individuales pero tampoco insiste en entrevistar siempre a toda la familia, aunque prefiera contar con ella en la primera sesión. Convoca a todos aquellos que pueden ayudar a generar soluciones, incluyendo a miembros de la red social y profesional: maestros, vecinos, educadores especiales, médicos...

¿Cómo se puede hacer terapia sin evaluar el problema, sin conocer en profundidad la historia previa o sin hacer un diagnóstico preciso? ¿Cómo es posible hacer terapia familiar sin convocar a la consulta a toda la familia? Estas son las preguntas a las que este capítulo pretende dar una respuesta. Dedicaremos el siguiente apartado a clarificar los presupuestos teóricos de los que parte la terapia centrada en las soluciones. En segundo lugar, daremos una visión esquemática del proceso terapéutico. Después ofreceremos una descripción algo más detallada de algunos de los procedimientos asociados a la TCS; hablaremos aquí de técnicas como el trabajo con excepciones, el uso de escalas y la proyección al futuro. Dedicaremos un apartado al diseño de tareas y daremos una perspectiva global sobre el transcurso de la terapia en las sesiones que siguen a la primera entrevista. Finalmente, terminaremos con una pequeña revisión de la evolución reciente de la TCS y de las investigaciones sobre ella de las que disponemos en la actualidad.

PRESUPUESTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

La primera consideración a hacer al hablar de los presupuestos de la TCS es, precisamente, ésta: que se trata solamente de premisas, de presupuestos teóricos, de creencias indemostrables que inevitablemente condicionan nuestra forma de abordar los problemas humanos. En otras palabras, suscribimos la idea de que los diversos modelos de psicoterapia no son más que reductores de complejidad o, en términos menos técnicos, "lentes coloreadas" a través de las cuales vemos lo que nos rodea (Hoffman, 1990). Dictan qué es lo que podemos ver y qué no, es más, determinan dónde buscar y dónde no, de qué hablar y de qué no. En otros términos, consideramos que en terapia la realidad no se descubre, sino que se construye a partir de nuestros presupuestos teóricos y en interacción con las aportaciones de nuestros clientes (Watzlawick, 1984).

¿Cuáles son los ingredientes que constituyen el marco de referencia de la TCS? ¿Qué elementos forman el armazón de estas "gafas" desde las que nos gusta ver el proceso

terapéutico? Sin pretender establecer un orden de importancia, podríamos citar como más relevantes los siguientes:

a) Directamente relacionado con lo anterior, consideramos no sólo que las diversas terapias son construcciones, sino también que en terapia trabajamos básicamente con construcciones de nuestros clientes. Es decir, del mismo modo que vemos los conceptos que manejan los profesionales ("pseudo-mutualidad" "simetría rígida") como construcciones, nos gusta pensar que los puntos de vista de nuestros clientes son también construcciones, formas de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles. Este planteamiento suele definirse como "*construccionismo social*" (Gergen, 1985).

b) Puesto que en nuestra opinión en terapia no trabajamos con realidades, sino con construcciones/narraciones, se sigue que no es útil, en terapia, tratar de "leer entre líneas" para descubrir lo que las cosas "realmente son". Por el contrario, preferimos adoptar una postura post-estructuralista y wittgensteiniana, y *leer las líneas*, quedarnos deliberadamente en la supuesta "superficie" de las cosas (De Shazer, 1994). Rechazamos, por tanto, la metáfora de la profundidad, según la cual lo que sucede en un determinado nivel de la existencia se explica/está causado por lo que sucede en niveles más profundos. Así, la existencia de un problema en una familia no tiene por qué llevar a asumir que por debajo de este problema existe en realidad una disfunción de la estructura familiar, o un grave conflicto interpersonal. Que alguien se queje de algo indica solamente eso mismo: que alguien se queja de algo. O, en palabras de Bill O'Hanlon (1994): "el problema no es la persona (o la familia); el problema es el problema." La tarea del terapeuta centrado en soluciones no es buscar claves ocultas por debajo de lo que nuestros clientes dicen, sino simplemente ayudarles a encontrar vías de solución, alternativas más positivas que la queja.

c) El planteamiento construccionista lleva también a *rechazar la idea del normativismo*. Se trata aquí de que procuramos no adoptar un modelo de normalidad, y que en vez de ello

intentamos respetar al máximo la idiosincrasia de nuestros clientes. En otras palabras, no creemos en un único patrón de persona "sana", ni en un ideal de "familia funcional". En la TCS pensamos más bien que existe una multitud de diferentes formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es a priori superior a ninguna otra. Por tanto, en terapia no intentaremos ajustar a nuestros clientes a un modelo preestablecido, sino que trataremos de ayudarles en lo que ellos se plantean: volver a disfrutar de las relaciones sexuales como antes de que la mujer recibiera el diagnóstico de depresión; conseguir que el hijo deje la droga e inicie una desintoxicación; etc.

d) Por otro lado, desde la TCS se postula que *"problema"* y *"solución"* son categorías discontinuas. Es decir, dos personas que acuden a terapia con una queja similar (y que por ejemplo podrían ser diagnosticadas por un psiquiatra como depresivas) pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia (por ejemplo, una dedicándose más al trabajo y ampliando su círculo de amistades; otra centrándose más en la familia y siendo más selectiva con sus amigos). Y a la inversa: puede haber soluciones muy similares para "casos" muy distintos (p.ej. una familia que acude con un miembro que sufre una enfermedad física crónica puede plantear objetivos y desarrollar líneas de acción muy similares a los que propone una chica tartamuda). Por tanto, en TCS no consideramos necesario tener mucha información sobre el problema, ya que el terapeuta puede pasar directamente a hablar de las soluciones.

e) Otro presupuesto del que partimos es que *nuestros clientes tienen los recursos* necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La tarea del terapeuta es movilizar estos recursos, ayudar a la familia a que se ayude a sí misma, y hacerlo además en el menor tiempo que sea posible. La forma de movilizar estos recursos es a través de la conversación terapéutica, a la que más abajo nos referiremos como "entrevista interventiva". Desde esta perspectiva, no trabajamos con familias porque entendamos que la familia es la causante del problema, sino porque les vemos como parte fundamental de la solución.

f) Las premisas que hemos enunciado hasta aquí son en buena medida específicas de la TCS y diferentes de las asunciones de otros modelos de terapia familiar. La TCS sí comparte con las demás orientaciones de terapia familiar lo que podríamos denominar el *punto de vista contextual*, es decir, la tendencia a analizar los fenómenos dentro del contexto que en el que se producen. Además, este contexto se entiende sobre todo desde el punto de vista *interpersonal*, haciendo hincapié en las relaciones *circulares* que se establecen en el *presente* entre las conductas de una o varias personas. Estas conductas y sus relaciones son vistas como *sistemas* abiertos.

Desde la perspectiva de la TCS, asumir esta forma contextual y sistémica de ver las cosas tiene diversas implicaciones. Por ejemplo, tendemos a ver la propia situación de terapia como un sistema: lo que sucede en la entrevista no está en función de los conflictos internos de los clientes (punto de vista intrapsíquico), sino que está determinado por las interacciones de terapeuta(s) y cliente(s) (punto de vista interpersonal). Además, nos interesa por lo general contar con la colaboración, no sólo de la persona etiquetada como "paciente", sino también con otros integrantes del sistema o sistemas relevantes: la familia, la escuela, etc..

Otra consecuencia de esta forma de ver las cosas es que consideramos que en terapia es suficiente con introducir un *cambio pequeño* en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, ya que entonces retroactuarán sobre él ampliándolo, en lo que se podría describir como un "efecto de bola de nieve".

Hasta aquí hemos bosquejado las premisas fundamentales que orientan la TCS. Lógicamente, adoptar esta visión tan radical tiene profundas consecuencias tanto en cuanto a la forma de entender tanto la terapia como nuestra propia posición como terapeutas:

Por un lado, entender la terapia como una conversación en la que se negocian nuevas construcciones de la realidad supone un cambio importante en la forma de conceptualizar el papel de la terapeuta. La terapeuta deja de ser la experta que determina cómo deben comportarse los clientes, para pasar a ocupar la posición de una persona que respeta la postura

de sus clientes y muestra su curiosidad por conocer sus recursos. Michael Hjerth ha descrito de forma gráfica esta posición hablando del valor de la *estupidez* del terapeuta (Hjerth, 1998).

Sin embargo, aunque el terapeuta no sea un técnico que interviene *sobre* una determinada persona o conjunto de personas, sí debe ser un experto conversador, es decir, alguien capaz de interactuar con las familias de tal modo que consigan ayudarse a sí mismas, alcanzar los objetivos que ellas mismas se proponen. En este sentido, asume la responsabilidad por la co-construcción de realidades útiles en la terapia, de ser un facilitador de la conversación y del cambio. En el próximo apartado revisaremos algunas de las prácticas conversacionales que se dirigen a este fin.

Por otra parte, los presupuestos de la TCS que hemos descrito más arriba suponen una crítica frontal a las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia y a la sociedad occidental en su conjunto, y que por desgracia también han arraigado en algunos sectores de la terapia familiar. Desde una posición constructivista y centrada en soluciones, el uso de etiquetas diagnósticas o la rotulación de ciertos fenómenos sociales como patología (la "ludopatía", la "adicción al sexo") no es un ejercicio neutral en el que se nombran ciertos fenómenos que ya existían antes de ser nombrados, sino una forma de crearlos. Y de crearlos, además, como entidades internas, individuales, aisladas de su contexto sociocultural. La creación de estas entidades supone además un ejercicio de poder en virtud del cual una élite de profesionales se autoproclaman como expertos capaces de interpretar el verdadero significado de ciertas situaciones o conductas. Apostar por un enfoque centrado en las soluciones supone proponer una lectura diferente, más democrática e igualitaria, de las relaciones entre los profesionales y las personas a las que atienden. Esta forma de ver las cosas nos lleva, entre otras cosas, a preferir el término "consultantes" o "clientes" para referirnos a quienes desde otras ópticas son calificados como "pacientes", y a tratar de generar relaciones igualitarias, caracterizadas por la cooperación y la transparencia (Furman y Ahora, 1992).

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA TERAPIA FAMILIAR CENTRADA EN LAS SOLUCIONES: FORMATO Y PROCESO DE CAMBIO

Por lo que a se refiere a sus aspectos prácticos, podemos decir que la TCS es una modalidad de terapia breve, entendiendo en este caso como "breve" un tratamiento cuya duración oscila entre una y diez sesiones, siendo la duración promedio de la terapia de unas cinco entrevistas. Estas sesiones suelen durar una hora, y son más espaciadas a medida que se producen mejorías en la situación que plantean los clientes. Así, solemos dejar una o dos semanas entre la primera entrevista y la segunda; y si las cosas van bien aumentamos posteriormente el intervalo a tres semanas o un mes. Además, trabajamos en equipo (Beyebach, 1995), aunque la TCS no exige necesariamente este formato y de hecho suele practicarse con un sólo terapeuta. En nuestro caso, el equipo observa desde detrás de un cristal unidireccional la conversación que mantienen el terapeuta y la familia. Además de observar, el equipo interviene activamente en la conducción de la sesión y en el seguimiento de la terapia: llama por un teléfono interior al terapeuta o a los clientes, intercambia opiniones con el terapeuta durante las pausas, diseña la intervención final, prepara y planifica sesiones ulteriores si esto llega a ser necesario...

Desde el punto de vista del contenido de la terapia, ésta se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema (objetivos). En otras palabras, la terapeuta se interesa poco por lo problemático o lo que no funciona, y se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona para tratar de que suceda más.

Pongamos el ejemplo de una pareja que consulta porque tiene fuertes discusiones y momentos de gran tensión. A una terapeuta sistémica tradicional le interesaría probablemente descubrir cuál es la secuencia de acontecimientos que precipita las discusiones, analizar la relación entre la tensión y las peleas, y entender el sentido que éstas tienen en el contexto de la

relación de la pareja. Además, averiguaría cuál es el impacto de las peleas sobre los hijos y tal vez también cuál su conexión con las familias de origen de los cónyuges. En cambio, las preguntas que se plantea una terapeuta centrada en las soluciones son otras: ¿Qué sucede en los momentos en los que no hay tensión? ¿Qué es diferente en aquellas ocasiones en las que los cónyuges son capaces de negociar sus diferencias? ¿Cómo lo consiguen? ¿Qué más podrían seguir haciendo para limar sus asperezas?

En otros términos, entendemos que en la terapia familiar centrada en soluciones se sigue una línea diferente a la que se mantiene en una terapia convencional. Mientras que en una terapia familiar tradicional se trata, metafóricamente, de reducir el "espacio" que ocupa el problema, con lo que se crean nuevas alternativas y opciones, la terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que en definitiva se reduce también el espacio del problema. A nuestro entender, estos dos procesos pueden considerarse como complementarios, lo que supone que la ampliación de las áreas-recurso implica una reducción correlativa de las áreas-problemas. Una idea similar, aunque con connotaciones diferentes, es la que propone Emilio Gutiérrez (1996): en la terapia con esquizofrénicos se ignora la "parte mala" (la sintomatología) y se trabaja para ampliar la "parte buena" (todo aquello que el paciente sí puede hacer a pesar de su enfermedad). Aquí, ampliar la parte buena no supone directamente reducir la "parte mala", pero lleva a que ésta pierda importancia en términos relativos.

En definitiva, la TCS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir, trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen, y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, la terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios.

Por tanto la terapia familiar se configura como un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que está yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar. Como ha puesto de manifiesto el caso ejemplo presentado en el prólogo, tratamos de iniciar este proceso ya desde el primer contacto con la familia: se interviene desde el comienzo de la terapia, incluso desde la llamada telefónica con la que éste suele iniciarse.

Descrita de este modo, la terapia puede parecer tremendamente sencilla. Sin embargo, no es fácil conseguir que las cosas sean tan simples, es complicado "hacerlo sencillo" (Lipchik, 1994). Al fin y al cabo, nuestra formación como profesionales entrenados para detectar patologías, así como las propias expectativas culturales acerca de la terapia son una constante invitación a sucumbir a la fascinación del problema. Puede resultar costoso encauzar una conversación sobre las mejoras y los avances, o encontrar los lados fuertes de una familia en una situación aparentemente desastrosa. Para facilitar en lo posible este proceso la TCS cuenta con toda una serie de técnicas, de herramientas que ayudan al terapeuta a convertirse en un experto conversador que ayuda a la familia a generar soluciones. Las presentaremos en el próximo apartado.

LA ENTREVISTA COMO INTERVENCIÓN: PRÁCTICAS CONVERSACIONALES DIRIGIDAS AL CAMBIO

Dedicaremos este apartado a describir el proceso de la conversación entre terapeuta y consultantes. Empezaremos presentando los procedimientos de proyección al futuro, para pasar después a analizar el trabajo con excepciones y la utilización de preguntas de escala. Aunque nosotros solemos emplear estas tres técnicas en una secuencia más o menos predecible (la proyección de futuro al inicio de la terapia; las preguntas de escala al final de cada sesión, y el trabajo sobre excepciones siempre que surja en la conversación alguna mejoría o avance), otros terapeutas centrados en soluciones prefieren emplearlas en otro orden, o en otro momento. La única norma es ajustarse a lo que nos ofrecen nuestros clientes;

en otras palabras, el momento y el modo de utilización dependerán de los derroteros por los que esté discurriendo la conversación terapéutica en cada momento particular.

La proyección al futuro

Las técnicas de proyección al futuro se emplean para construir con los clientes lo que denominamos *objetivos trabajables*, es decir, objetivos relevantes para los consultantes, pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. Así, "no estar siempre deprimido" o "tener más armonía en la familia" no serían considerados objetivos trabajables (el primero, por estar expresado en negativo, como ausencia de algo; el segundo porque no es un objetivo concreto, observable). En cambio, "estar más activo en mi trabajo y salir con los amigos por las tardes" o "ver juntos la televisión por las noches" sí constituirían objetivos bien formados. Como tales, sirven para guiar el proceso de la terapia, y ayudan al cliente a identificar las cosas que ya van bien o sus avances.

Por otra parte, los procedimientos de proyección al futuro no pretenden solamente recoger una serie de objetivos más o menos bien definidos. Más allá de esto, se trata también de romper el encuadre negativo que los clientes hacen de su situación y de situarles en un futuro diferente, motivador y esperanzador. Recogiendo la expresión de Tomm (Tomm, 1988), se trata en buena medida de "crear un futuro para una familia que se ha quedado congelada en el presente", de propiciar que nuestros clientes cambie su forma de comportarse, pensar o de sentir.

La "Pregunta del Milagro", así como cualquier otra técnica de proyección al futuro, no es en realidad *una* pregunta, sino una *secuencia* de preguntas que puede ocupar buena parte de una entrevista. Solemos iniciar esta secuencia de la forma que ya expusimos en el prólogo:

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan

cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este Milagro se ha producido?"

Esta es la formulación habitual, pero lógicamente caben adaptaciones a situaciones concretas. Trabajando con niños empleamos a menudo otras imágenes más ajustadas a su edad: "Supón que esta noche viene un duende verde y hace magia, y las cosas que os traen aquí se solucionan..." "¿Has visto 'Regreso al futuro'? ¿Te acuerdas de la máquina del tiempo? ¿Sí? Pues imagínate que entras en la máquina del tiempo y ...". En otras ocasiones preferimos hablar de que se produce un "salto en el tiempo", a un momento futuro en el que los problemas que traen a los clientes a terapia se han resuelto.

Es muy poco frecuente que los clientes respondan a las preguntas de proyección al futuro directamente proporcionando objetivos bien formados. De hecho, lo más habitual es que respondan en términos de quejas ("Hombre, vería que mi marido deja de estar como ahora, que está todo el día gritándome y rompiendo cosas"), en negativo ("Dejaría de obsesionarme tanto con los estudios"), de forma vaga ("me sentiría mucho mejor") o intrapersonal ("Mi madre estaría menos deprimida, más alegre"). Aquí es donde se inicia lo que denominamos "trabajo sobre la Proyección al Futuro", es decir, la utilización de una serie de preguntas que ayuden a los clientes a transformar estas respuestas en objetivos útiles para la terapia. No se trata de sugerir o imponer *nuestros* objetivos a los clientes, sino de ayudarles a que formulen *sus* objetivos en un lenguaje que facilite su consecución. Es ésta una labor a menudo difícil para los clientes y que exige pericia y persistencia por parte del terapeuta. El resultado debe ser una verdadera película de cómo serán las cosas una vez que el problema esté resuelto; una imagen lo más amplia posible, y que no se limite al área-problema. A fin de no convertir esta parte de la entrevista en un mero "interrogatorio", sugerimos que el terapeuta no utilice solamente preguntas, sino que intercale otro tipo de comentarios: paráfrasis, resúmenes de lo dicho, comentarios empáticos y humorísticos, etc.

El trabajo con excepciones

Steve de Shazer define como "excepciones" aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema (de Shazer et al., 1986; de Shazer, 1991): si la queja es que la pareja no tiene relaciones eróticas, será una excepción la ocasión en que sí las tengan; si la queja es que el padre se siente deprimido y no se levanta de la cama, los días en que sea capaz de levantarse y preparar su desayuno constituirán una excepción. En un sentido más amplio, diríamos que las excepciones son aquellas ocasiones en las que los objetivos que ya se están cumpliendo. Incluimos bajo el rótulo genérico de excepciones tanto las excepciones propiamente dichas, que ya se producían antes de iniciar la terapia, como las mejorías que se producen entre el momento de concertar la primera entrevista y el momento en que tiene lugar ("cambio pretratamiento", Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich, 1988), así como las mejorías que aparecen una vez iniciado éste (que solemos calificar también como "avances" o "cambios terapéuticos")

Como ya hemos indicado, la terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema. Por supuesto, esto no es algo exclusivo de este modelo terapéutico; en realidad, cualquier método de terapia pretende producir cambios, y la mayor parte de las escuelas de psicoterapia comparten la idea de que estos avances deben ser atribuidos a los propios clientes (Frank, 1985). Ahora bien, a nuestro juicio sí existen algunas diferencias importantes entre cómo se manejan las excepciones en TSB y cómo se abordan en otras orientaciones psicoterapéuticas:

a) Mientras que la mayoría de las escuelas de psicoterapia asumen que las excepciones se generarán a partir de la intervención terapéutica, en TSB se considera que en buena medida estas excepciones están ocurriendo desde *antes* de iniciarse el tratamiento. En este sentido, la labor del terapeuta no es sólo *producir* cambios (o

ayudar a los clientes a que los produzcan), sino *descubrir* durante la sesión qué cambios ha puesto ya en marcha la pareja por propia iniciativa

b) En TSB se discute en mayor medida que en otros modelos cómo ampliar las excepciones una vez que se han localizado. En otros términos, se dedica una mayor atención al proceso de mantener y generalizar estos cambios, a "generar una nueva historia" en torno a ellas (White, 1989/90) y a situarlos en un contexto interpersonal y temporal más amplio.

c) La consecuencia más clara de los dos puntos anteriores es que en TSB el trabajo sobre excepciones es algo que se desarrolla *durante la entrevista* con los clientes: la excepción no es algo dado, sino algo que se va construyendo mediante la conversación con los clientes.

La conversación sobre excepciones tiene lugar en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los clientes estén haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos, que implique que no se da el problema, etc... Como acabamos de ver, en TSB las soluciones se trabajan ya desde la primera sesión. Podemos distinguir cinco pasos en el trabajo con excepciones:

- a) Elicitar. Consiste simplemente en suscitar el tema de las excepciones. A menudo no hace falta que sea el terapeuta quien de este paso, ya que los propios clientes informan espontáneamente de las cosas que han ido bien o que han mejorado.
- b) Marcar la excepción. Se trata básicamente de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una diferencia que marque una diferencia. La forma de subrayar una excepción depende mucho del estilo de cada terapeuta, de la postura de los clientes y de la relación terapéutica que se haya establecido. Trabajando con niños la terapeuta puede manifestar una sorpresa infinita ante un pequeño avance, o caerse literalmente de la silla si la ocasión es digna de semejante alarde. Con adolescentes, en cambio, puede resultar más útil lo contrario: no

creerse la excepción, como forma de provocar al chico o a la chica para que dé más detalles. Con adultos preferimos un estilo más neutro, en el que tendemos a mostrar nuestra curiosidad e interés por la excepción que nos comentan.

- c) Ampliar la excepción. Una vez que hemos identificado una excepción y la hemos señalado como tal, interesa hacerla más amplia. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den todo lujo de detalles. Al igual que sucedía con la Pregunta del Milagro, trataremos de construir una "película" lo más completa posible de los hechos, generando una descripción en positivo, concreta e interaccional.
- d) Anclar la excepción atribuyendo control. Se trata de que, una vez ampliada una excepción, se atribuya el control sobre ella a los clientes. Intentamos en definitiva construir la excepción como algo *deliberado* e identificar qué cosas hicieron los consultantes que permitieron que la excepción tuviera lugar: "¿Qué pasó para que decidieran volver a hablarse?" "¿Cómo te las arreglaste para resistir la tentación de volver a insultar a tus padres?". Este proceso de "culpabilización positiva" (Kral y Kowalski, 1989) fortalece la posición de nuestros clientes y además permite que aumenten la frecuencia de las excepciones en la medida en que sean capaces de encontrar una "receta" eficaz para ello. Esto exige a veces asegurarse de que una conducta dada contribuye realmente a que suceda la excepción, o analizar el valor relativo de diversas conductas: "¿De todas estas cosas que me han explicado ¿cuál dirían Uds. que ha sido la más decisiva para sustituir la violencia por el diálogo? ¿Y la segunda más importante?...". "El que Uds. volvieran a hacer..... ¿garantizaría que se repitiera...?".
- e) Seguir. El último paso consiste simplemente en preguntar qué más excepciones ha habido: que más cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro,

etc... Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc...

Hablando de números: las preguntas de escala

Las preguntas de escala son una de las mejores formas de generar una conversación sobre soluciones, ya que permite establecer metas y submetas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos. Por tanto, las escalas no pretenden solamente obtener un *feedback* de cómo el cliente percibe su situación, sino que ante todo son formas seguir trabajando objetivos y excepciones. Y de nuevo, como ya indicamos al hablar de la proyección al futuro y de las excepciones, las preguntas de escala no son en realidad preguntas aisladas, sino auténticas secuencias de preguntas. Por ejemplo, la secuencia típica para trabajar la respuesta inicial de un consultante a una Escala de Avance sería la siguiente:

- a) Empezar planeando la escala. En una escala de avance el 1 (o el 0) corresponde al momento en el que peor estaba el problema por el que consulta la familia, y el 10 al momento del “Milagro”, cuando el problema esté del todo mejorado.
- b) Preguntar qué entra en el número que nos han dado, qué ha mejorado respecto de cuando la situación estaba en el 1. Si la persona contestó “4”, la terapeuta preguntará qué entra en ese cuatro, en qué nota la persona que las cosas están ya en ese nivel, qué está haciendo ahora diferente, quién más lo ha notado, etc.
- c) Preguntar cómo ha conseguido la persona subir del 1 al número actual: “¿Cómo has conseguido subir de 1 a 4? ¿Qué has puesto de tu parte?”
- d) Preguntar cuál sería la primera señal de que las cosas están ya un punto más arriba: “¿Cuál sería para ti la primera pista de que las cosas están ya en el 5?” “¿Quién más se daría cuenta?”, etc.
- e) Preguntar qué idea tiene la persona sobre qué podría poner de su parte para subir ese punto.

Obviamente la utilización de escalas no tiene por qué restringirse a las escalas de avance que hemos descrito hasta ahora. De hecho, puede usarse el lenguaje de las cifras para referirse a todo tipo de situaciones:

"De modo que sigues teniendo muchas dudas respecto a qué decisión tomar. Digamos que 10 indica que estás totalmente decidida, y 1 que está absolutamente indecisa, sin saber qué hacer. ¿Dónde dirías que estás ahora? (...) ¿Hasta que puntuación tendrías que subir para pasar a la acción, para hacer lo que has pensado? (...) ¿Qué tiene que pasar para que....?"

"De modo que en este tema seguís en desacuerdo... pero no es un 100% de desacuerdo, según habéis dicho. ¿Qué nivel de desacuerdo calculáis que teneís ahora? (contestan que un 75%) (...) ¿Cómo sabréis que estáis ya en sólo un 50%? ¿Qué será diferente? (...) ¿Qué cosas podeís hacer y que os ayuden a bajar hasta ese 50%?"

Nosotros usamos con cierta frecuencia la *Escala de Confianza*, cuando se ha producido un aumento considerable de una sesión a otra en la escala de avance (a partir de 3-4 puntos) o cuando la puntuación en avance es alta (7 o superior). Su utilización estaría especialmente indicada cuando los clientes suscitan el tema de la confianza/desconfianza acerca del mantenimiento de los cambios, y cuando ellos o nosotros prevemos el riesgo de una recaída. Así, si una familia se sitúa en un 8 y medio:

"En una escala de 1 a 10, en la que 10 sería que tienen toda la confianza del mundo en que mantendrán este nivel de 8 y medio, y 1 significa que no tienen ninguna confianza de mantenerlo ¿en qué punto se pondrían?"

En cualquier caso, al conversar sobre las escalas, la terapeuta tratará de sacar el máximo partido a las perspectivas múltiples: si hay varios clientes en la sesión, puede cruzar las preguntas y emplear, trabajando con cifras, las mismas preguntas circulares que al preguntar

sobre otros contenidos. Si el formato de la sesión es individual, será interesante preguntar a nuestro cliente cuáles cree que serían las respuestas de las personas significativas.

EL MENSAJE FINAL: ELOGIOS Y TAREAS.

Puesto que en la TCS el énfasis está sobre la relación entre terapeuta y consultantes, ¿qué valor tiene el mensaje final que típicamente se transmite a la familia tras hacer una pausa hacia el final de la entrevista? A nuestro modo de ver, el mensaje final es ante todo una manera de consolidar los significados y puntos de vista generados durante la sesión, así como una forma de propiciar que los cambios conductuales descritos durante la entrevista se generalicen al siguiente periodo entre sesiones. Es, además, una forma de cerrar la entrevista, que ofrece al terapeuta la oportunidad de ultimar algún aspecto, de subrayar un tema o simplemente de subsanar algún olvido producido durante la charla con los clientes.

En TCS, el mensaje final del terapeuta consta típicamente de un *elogio* o elogios, seguido de una o varias *tareas*. Ambos (elogios y tareas) pueden dirigirse a todos los clientes en conjunto, como un grupo, o a cada uno de ellos en particular. En cualquier caso, se procura incluir a todos los presentes.

a) Los **elogios** recogen aquello que la familia está haciendo bien, realza sus cualidades o subraya sus recursos. No se trata de elogiar por elogiar, sino de apoyar a los clientes en sus lados fuertes de modo tal que puedan seguir progresando o empezar a hacerlo: "A mis compañeros y a mí nos ha sorprendido ver todo lo que has avanzado en estas últimas semanas, a pesar de lo difíciles que las cosas se habían puesto para ti." "Querríamos felicitaros por el valor que habéis demostrado al...". Para ello es fundamental que los elogios sean creíbles, es decir, que sean percibidos por la familia como genuinos y ajustados a su situación. Lo mejor es recoger los elogios que los clientes se han dirigido a sí mismos durante la entrevista: "Estamos de acuerdo con Uds. en que su mayor logro durante estas semanas ha sido...".

b) La **tarea** o tareas, por su parte, proponen alguna cosa a hacer o pensar hasta la próxima sesión. Aunque en diversos textos se han descrito diagramas que reflejan el proceso de decidir qué tarea impartir (De Shazer, 1988; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994), en la actualidad pensamos que la forma más parsimoniosa de describir los criterios que manejamos a la hora de diseñar una tarea son los tres que enumeramos a continuación (Beyebach y Herrero de Vega, 2010):

-Pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la entrevista. Si la mayor parte de la sesión ha girado en torno al "milagro", parece adecuado que la tarea tenga relación con ello (p.ej. "Nos gustaría sugeriros que de aquí a la próxima sesión simularais cada uno, dos veces por semana y en secreto, que este milagro ya se ha producido. Fijaos qué efecto tiene esto"). Si lo que más ha llamado la atención de los clientes es el cambio pre-tratamiento, será en principio adecuado hacer alguna sugerencia al respecto, etc.

-Sugerir sólo aquello que consideremos que los clientes están dispuestos a hacer. La idea es muy simple: no sirve de nada crear una tarea brillante si está fuera del alcance de los clientes o simplemente éstos no están dispuestos a hacerla. Es más, cuando consideramos que un cliente se nos presenta en un momento dado como un "visitante", es decir, como alguien que en realidad no ve sentido a estar en terapia ya que no considera que exista un problema (de Shazer, 1988), es preferible no dar tarea. En las demás situaciones, graduamos la dificultad de tal modo que a quienes veamos muy dispuestos a poner de su parte para resolver el problema (relación tipo "compradores") les pedimos tareas que implican *hacer* cosas (p.ej. "te sugerimos que todos los días, durante al menos media hora, hagas..."), mientras que, a quienes se quejan del problema pero sin considerar que pueden/deben poner de su parte para resolverlo (clientes "demandantes"), les proponemos *pensar* algo o *fijarse* en algo ("Fíjense en cualquier pequeña señal de que han dado alguno de los pasos que habían descrito"). En definitiva, se trata de hacer sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas y más indirectas a quienes en un momento dado parecen más reacios.

-Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible y el menor número de ellas. Aplicamos aquí una especie de "navaja de Ockham": en caso de duda entre varias tareas, elegiremos la menos complicada.

Una vez pensados los elogios y diseñada la tarea o tareas, la terapeuta vuelve a reunirse con la familia para transmitir el mensaje final, procurando que sea breve y sin dar pie a un nuevo diálogo. Al igual que sucede con el resto de la entrevista, la terapeuta dedica una atención especial a utilizar el lenguaje de la familia: sus expresiones, su giros característicos, sus metáforas preferidas, etc... Si se va a concertar una nueva entrevista, se hace en ese momento, antes de despedirse. Aunque a veces el equipo propone un determinado plazo hasta la próxima sesión ("...si os parece nos podríamos volver a ver dentro de tres semanas"), es frecuente también que dejemos a la familia la decisión de cuándo volver ("¿Cuándo les parece que tengamos otra entrevista? ¿Dos semanas, tres, cuatro...?").

DESDE LA PRIMERA ENTREVISTA HASTA EL SEGUIMIENTO: EL PROCESO DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Hasta aquí hemos presentado los presupuestos teóricos de la TCS, esbozado sus características generales y descrito tres formas de encauzar una conversación sobre las soluciones. Además, hemos sugerido algunas ideas para diseñar el mensaje que transmitimos a los clientes al final de las entrevistas. A partir de estos elementos trataremos de dar una visión global de como se articula habitualmente el proceso terapéutico, con la esperanza de transmitir al lector una cierta impresión de cómo discurre la terapia desde su inicio hasta su finalización.

La **primera entrevista** se suele ajustar a lo que hemos expuesto en el prólogo. En primer lugar, terapeuta y clientes se presentan, y la terapeuta da una breve explicación de la forma de trabajar. A continuación, pregunta a cada uno de los presentes en qué les puede ayudar. Es importante que cada miembro de la familia pueda expresar qué es lo que le preocupa, ya que

los puntos de vista de unos y otros pueden no coincidir. En esta parte inicial no se trata de perfilar con claridad cuál es la queja o las quejas, sino simplemente de asegurarse de que hay algo que preocupa a los clientes y que puede ser abordado terapéuticamente.

Tras esta exposición inicial, la terapeuta suele preguntar por los cambios pre-tratamiento y los amplía todo lo posible. Cuando esta línea de trabajo da frutos, puede ocupar la casi totalidad de la primera entrevista, que se cierra trabajando sobre la escala de avance. Si los clientes no identifican ninguna mejoría reciente, la terapeuta suele optar por hacer una proyección al futuro, que se convierte entonces a menudo en el núcleo de la primera sesión. Una vez construidos los objetivos con detalle, las preguntas de escala permitirán definir la situación presente, ofreciendo una segunda oportunidad para detectar excepciones y posibles avances. La sesión termina con una intervención en la que, antes de elogiar y sugerir alguna posible tarea, la terapeuta propone un cierto proyecto de trabajo para el resto de la terapia. En todo momento, el terapeuta trata de emplear el lenguaje y la postura (Fisch, Weakland y Segal, 1984) de los propios clientes:

T.- Bien, he discutido con mis compañeros acerca de lo que Uds. y yo hemos estado hablando aquí. Hay varias cosas que querríamos transmitirles. (Pausa) En primer lugar, querríamos felicitarles por el valor que han demostrado al venir aquí hoy; como Uds. decían, no siempre es fácil darse el empujón y venir a hablar con un terapeuta. Además, nos parece que han venido en un buen momento, ya que por una parte las dificultades que están atravesando suponen para Uds. mucho sufrimiento, mucho dolor y por tanto es lógico que quieran ponerle fin, pero por la otra están ya empezando a superarlas. De hecho, el que Ud., Pedro, considere que la situación está en un 4, y , Ud., María, la vea incluso en un 4.75, nos parece una señal clara de que están haciendo ya un buen trabajo. (Pausa) Pensamos en este sentido que nuestra ayuda aquí puede consistir en seguirles acompañando en el resto del camino que les queda por recorrer, para que terminen de dejar atrás estos problemas. Y,

aunque pensamos que esto supondrá bastante trabajo por parte de Uds., también pensamos que hay buenas razones para que estén optimistas. (Pausa) Tal vez la más importante es que como me decían, Uds. han encontrado ya algunas cosas que les ayudan: salir juntos algún día de diario; evitar hablar de los temas "candentes" cuando están enfadados y posponer la discusión para cuando están más serenos; ser más cariñosos cuando les apetece... Les animamos a que sigan en esta línea, poniendo en práctica las cosas que dan resultado. Además, nos ha impresionado la sinceridad con la que son capaces de hablarse aquí, y lo mucho que se quieren. Estamos de acuerdo con Uds. en que el cariño que se tienen es un buen bálsamo para los momentos difíciles. Por eso nos gustaría sugerirles que de aquí a la próxima entrevista que tengamos Uds. se fijen en qué otras cosas descubren que sirven como "bálsamo" para su relación. Nos gustaría además que mantuvieran en secreto estas observaciones, y que las comentáramos aquí el próximo día. ¿Cuándo les parece que nos veamos de nuevo?

Las **sesiones posteriores** a la primera entrevista siguen el mismo patrón: una conversación con los clientes, y un mensaje final antes de terminar la sesión. El tema de conversación lo constituyen las mejorías que se han producido. Para ello, la terapeuta inicia las sesiones preguntando qué cosas van mejor. A partir de aquí, su tarea será ampliar las excepciones y construir las como algo deliberado, sobre lo que los clientes tienen control. Esto no siempre es fácil, ya que a veces es difícil localizar mejorías en algún aspecto de la situación. De hecho nos gusta decir que, ante informes negativos (del tipo "no hay nada que vaya mejor, qué va, las cosas están muy mal") de los clientes, el terapeuta debe "buscar excepciones desesperadamente" (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994) o, dicho más técnicamente, *deconstruir* el informe negativo inicial (Sánchez Prada y Beyebach, en prensa). Este proceso de deconstrucción tiene diversas vertientes, desde la introducción de perspectivas múltiples (si el padre y el hijo no perciben mejorías, es posible que sí las vea la madre) hasta el rastreo de temas distintos (aunque las cosas hayan ido mal en casa, tal vez hayan mejorado en el trabajo)

o la redefinición de la situación ("¿Cómo es que las cosas no han empeorado, teniendo en cuenta lo adversas que han sido las circunstancias?"). En cualquier caso, se trata de un proceso recursivo y complejo, en el que tan importante es detectar los pequeños avances como validar la descripción de los momentos negativos.

A veces no es posible construir excepciones durante la conversación con los clientes, ya que estos vuelven una y otra vez a hablar de los aspectos problemáticos de su situación: cosas que han empeorado, cosas que no van mejor, cosas que aún no han mejorado lo suficiente o incluso aspectos que, aunque ya superados, siguen siendo dolorosos para ellos. El terapeuta quiere mantener el foco sobre las mejorías, pero no consigue redirigir la sesión, que se convierte en una letanía de quejas, o en una nueva narración de la historia de dolor y sufrimientos. En estos casos, es importante escuchar a los consultantes, pero también aprovechar el aluvión de quejas para encauzarlo en una dirección terapéutica. Estas son algunas de las posibilidades:

a) Lo más sencillo es simplemente estar atento a lo que cuentan los clientes, y *marcar cualquier excepción que pueda aparecer*, por pequeña que parezca. No se trata de convencer al cliente de que las cosas son mejores de lo que a él le parecen, sino de hacer pequeños subrayados de elementos potencialmente útiles.

b) Otra opción es empatizar con los clientes y emplear "*preguntas de afrontamiento*": "¿Cómo pudieron soportar eso?" "¿Cómo es que no te desmoronaste del todo?" "Cualquiera en su lugar hubiera tirado la toalla, ¿de dónde sacaron el coraje para, al menos, seguirlo intentando?".

c) Otra vía para conseguir un efecto parecido es utilizar la *redefinición*. Aquí el terapeuta no se limita a poner en duda los significados que el cliente atribuye a una determinada situación (de-construcción), sino que directamente propone otro encuadre alternativo. Por ejemplo, pregunta por los *beneficios* que para la familia suponen las obsesiones del padre, o

define la aparente debilidad de la hija deprimida como una forma sutil pero poderosa de provocación.

d) Las prácticas de *externalización* (White 1988/89; White y Epston, 1990) ofrecen otra línea de trabajo. Se trata aquí de convertir el problema en algo externo a los clientes, para posteriormente movilizar a éstos contra ello: "¿Cómo reaccionan Uds. cuando la inseguridad reclama su sitio y se entromete de nuevo entre Uds. dos?" "O sea que el pipí de Pedro está consiguiendo manchar a toda la familia, y enemistarles a unos con otros ¡qué astuto!". Una vez externalizado el problema, la terapeuta puede retomar el foco sobre las soluciones investigando en qué ocasiones la familia ha derrotado a su enemigo: "¿Qué es lo que sucede cuando Uds. son los que derrotan a la inseguridad? ¿Cuál es la última vez que lucharon, unidos, contra ella?".

Si no es posible retomar la línea de las excepciones y los avances, o simplemente sin con la TCS las cosas no mejoran a las dos o tres sesiones, el terapeuta pasará a actuar desde la parte problemática de la situación. Retomando lo expuesto en los apartados introductorios, diríamos que ahora ya no se pretende aumentar el área de recursos, sino que se adopta el abordaje complementario, trabajando para reducir el área del problema (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). Para ello la terapeuta puede emplear algunas intervenciones mínimas sobre el patrón de la queja, por ejemplo introduciendo alguna pequeña modificación en su frecuencia, duración, modalidad, lugar, etc. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Otra posibilidad es examinar qué conductas de los clientes contribuyen a mantener el problema, y diseñar una intervención que bloquee estos intentos ineficaces y contraproducentes de solución. Nos situamos así ya en una línea de trabajo próxima al modelo de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute, de Palo Alto. (Fisch, Weakland y Segal 1984, Watzlawick, Weakland y Fisch, 1982).

En cualquier caso, y una vez que en la terapia se hayan producido avances, el terapeuta se plantea si los cambios que se han producido son o no suficientes. En caso afirmativo, la

terapia puede darse por concluida; en caso negativo, habrá que seguir trabajando. De acuerdo con la filosofía no-normativa de la TCS, la decisión de si una mejoría es o no suficiente se deja en manos de los clientes, bien preguntándoles directamente ("¿Es este el tipo de cambios que quería conseguir viniendo aquí? ¿Considera que la situación ya ha mejorado lo bastante?"), bien utilizando las escalas de avance como indicador de progreso.

Cuando se han alcanzado los objetivos no es necesaria una sesión de terminación diferente de las demás: simplemente se sigue atribuyendo control a los clientes y, eso sí, se les invita a situarse en la posición de co-terapeutas: "¿Qué recomendación darían Uds. a otras parejas que estén en la misma situación problemática en la que Uds. estuvieron en su día y que han superado?" "¿Cuál es la receta para `ganarle a los miedos`? ¿Nos permites que se la expliquemos a otros niños para que aprendan también a ganar a sus miedos?". A menudo pedimos que los clientes contesten a esta pregunta enviándonos una carta que podamos entregar a otras personas en su misma situación. Si los consultantes y nosotros consideramos que hay riesgo de recaídas, concertamos también una entrevista de seguimiento, seis meses o un año después de la última sesión. En caso contrario, hacemos el seguimiento por teléfono o mediante un cuestionario.

LA EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

En últimas décadas el enfoque centrado en soluciones se ha propagado de forma espectacular no sólo en Estados Unidos, sino también en el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Además, se están abriendo numerosos campos de aplicación de la TCS, tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde la TCS de problemas como el alcoholismo (Berg y Miller, 1992), la violencia familiar (Lipchik y Kubicki, 1996, McCollum et al., 2012), la esquizofrenia (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997), el abuso sexual (Dolan 1991), la violencia en pareja (McCollum, Stith & Thosen, 2012), los pacientes somatomorfos (Schade, Torres y Beyebach,

2011) o el abuso de sustancias (Berg & Reuss, 1998; Smock et al, 2011). Además, se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a contextos no-clínicos y, de hecho, hoy en día se puede hablar de *trabajo social centrado en soluciones* (Berg, 1994), de *protección de menores centrada en soluciones* (Berg y Kelly, 2000; Turnell & Edwards, 1999), de *coaching, counseling y mediación centrados en soluciones* (Grant, 2003, Bannink, 2007), de *orientación e intervención escolar centradas en soluciones* (Murphy, 2008; Franklin & Streeter, 2004), de *enfermería centrada en soluciones* (McAllister, 2007), de *psicología organizacional basada en soluciones* (McKergow, 2012), e incluso de *pastoral centrada en soluciones* (Kollar, 2010).

Desde el punto de vista institucional, el impulso de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg llevó a la creación en 1993 de la *European Brief Therapy Association* (www.ebta.nu) y, unos años más tarde, de la *Solution Focused Brief Therapy Association* norteamericana (www.sfbta.org). Posteriormente se han ido creando diversas asociaciones nacionales de terapia centrada en soluciones (Inglaterra, Suecia, Finlandia) así como organizaciones profesionales con vocación de regular la formación y la acreditación en este campo (www.iasti.org).

Hay otras dos líneas de evolución de la TCS que nos parecen especialmente interesantes. Por una parte, el trabajo en formatos nuevos, y en especial en formato grupal (Herrero de Vega y Beyebach, 2004; Kuhn, 1998; Murphy, 1996; Selekman, 1996), donde técnicas como por ejemplo las preguntas de escala parecen resultar especialmente útiles para trabajar con “grupos centrado en las soluciones”.

Por otra, el desarrollo de planeamientos integradores en terapia familiar breve, combinando los planteamientos y las técnicas centradas en soluciones con otros procedimientos procedentes del campo de las terapias sistémicas breves (Beyebach, 2006, 2009; Beyebach y Rodríguez-Morejón, 1998; O’Hanlon y Cade, 1997; Quick, 2008, Saggese y Foley, 2000, Selekman, 1993). En este sentido, la simplicidad teórica de la TCS facilita su empleo como un marco global dentro del cual integrar técnicas diversas como la interrupción de patrones problemáticos, la externalización, las preguntas circulares o ciertas prácticas de hipnosis.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

La TBCS nació en los años ochenta en un contexto de investigación clínica, en el que Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y sus colegas en Milwaukee utilizaban un proceso recursivo de observación de entrevistas, identificación de lo que funcionaba, utilización sistemática de los elementos exitosos y análisis de sus resultados (Lipchik et al., 2012) . Este espíritu de rigor e indagación constante se difundió como parte integral de la TBCS y propició que se realizaran investigaciones, ya más académicas, sobre los resultados y los procesos de la TBCS en todo el mundo. A fecha de hoy, tenemos constancia de la publicación de 43 estudios comparativos y de 21 estudios controlados y aleatorizados sobre TBCS, además de medio centenar de estudios de seguimiento y varias decenas de investigaciones de proceso y proceso-resultado (en www.ebta.nu puede encontrarse una lista en constante actualización). Considerando el conjunto de estas investigaciones, podemos extraer las siguientes conclusiones (para una

discusión más profunda, véanse Beyebach, Estrada y Herrero, 2006; Corcoran, 2012; Gingerich et al., 2012; Kim, 2012; McKeel, 2012):

- a) Los datos confirman que la TBCS es un enfoque breve, que permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones, que en la mayoría de investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6. Estos resultados tienden a mantenerse en el tiempo. Además, se confirma que la TBCS se adapta bien a una gran variedad de contextos clínicos y no-clínicos. De todos modos, varios estudios apuntan a que probablemente, dentro de la brevedad, tener alguna sesión más permita alcanzar mejores resultados.

- b) Aunque existen estudios de calidad que puntualmente ofrecen grandes tamaños de efecto, en torno a $d=.80$ (por ejemplo, Knekt et al., 2008; Schade, Torres y Beyebach, 2011), y muestran incluso resultados espectaculares a favor de la TBCS (Cockburn, Thomas & Cockburn, 1997, Lindforss & Magnusson, 1997), tomando las investigaciones en conjunto, a día de hoy los datos parecen sugerir que el impacto de la TBCS es solamente moderado. Así, el meta-análisis de Stams y su equipo (Stams et al., 2006) estableció que la TBCS conseguía un tamaño del efecto de $d=.57$ (un efecto medio) si se compara con no tratamiento; dos años más tarde, Kim (2008) realizó otro meta-análisis, y rebajó el tamaño del efecto a $d=.26$ (un efecto pequeño). Estos resultados modestos pueden explicarse en parte debido a los cuestionables criterios de selección empleados en estos meta-análisis, a la desigual calidad de los estudios incluidos y al hecho de que en muchos de ellos los terapeutas que aplicaron TBCS habían recibido una formación y supervisión escasas (por ejemplo un sólo día de entrenamiento, o incluso tan sólo cuatro horas de formación, por ejemplo). De todos modos, serán necesarios más estudios controlados y más replicaciones, para terminar de establecer la potencia terapéutica de la TBCS.

- c) En la actualidad disponemos de un considerable número de estudios de proceso y proceso-resultado que apoyan el efecto positivo de determinadas técnicas centradas en soluciones, como la negociación de objetivos y la conversación sobre cambios pretratamiento (Rodríguez Morejón, 1993) o la Tarea de Fórmula de Primera Sesión, (Adams, Piercy & Jurich, 1991). Además, estos estudios arrojan luz sobre la manera de utilizar el lenguaje al emplear estas técnicas (por ejemplo en la deconstrucción, Sánchez Prada y Beyebach, en prensa) e identifican el riesgo de abusar de ellas (por ejemplo, del lenguaje presuposicional, MacMartin, 2008) o no adaptarlas a las circunstancias de los consultantes (por ejemplo, las dificultades al emplear la pregunta milagro con personas sordas, Estrada & Beyebach, 2007, o con madres de hijos con discapacidad, Lloyd y Dallos, 2008). Estos estudios aportan pistas interesantes tanto para la práctica clínica como para el entrenamiento de terapeutas.
- d) Una de las aportaciones más prometedoras a la investigación sobre TBCS proviene de los estudios de laboratorio que vienen realizando Janet Bavelas y su equipo en la Universidad de Victoria. Estos trabajos proporcionan un apoyo empírico a una visión constructorista y colaborativa del diálogo terapéutico (Bavelas, Coates y Johnson, 2000; McGee, Del Vento y Bavelas, 2005), y documentan el impacto directo que a nivel tanto cognitivo como conductual pueden tener las preguntas que presuponen agencia personal, lo que en este capítulo hemos venido denominando “atribución de control” (Healing y Bavelas, 2011). Seguramente los estudios de este tipo constituyen un importante frente de avance para consolidar la base empírica de la TBCS.

En conclusión, las investigaciones que se han realizado hasta la fecha acerca de la TCS parecen apoyar la idea de que se trata de un tratamiento breve y eficaz, que produce cambios duraderos y además es aplicable a una variedad de problemas. A nuestro juicio, estas características (brevedad, eficacia, aplicabilidad) hacen a la TCS merecedora de ser incluida

en estudios controlados sobre la eficacia de la psicoterapia, tal y como se está empezando a plantear en algunos países de nuestro entorno (Knekt y Lindfors, 2004; Knekt et al., 2008).

RESUMEN

Hemos reseñado en esta presentación algunas de las características definitorias de la Terapia Familiar Centrada en Soluciones. Hemos expuestos sus presupuestos teóricos fundamentales, hemos dado una visión global del proceso terapéutico y ofrecido una descripción detallada de algunas prácticas de conversación que nos permiten centrar la terapia sobre las soluciones. También hemos hecho algunas sugerencias sobre cómo estructurar la intervención final tras la entrevista, y hemos dado una descripción del transcurso de la terapia después de la primera sesión. Finalmente, hemos transmitido nuestra perspectiva sobre la evolución de la TCS y recogido algunas de las implicaciones que a nuestro modo de ver tienen los datos que la investigación empírica sobre este enfoque está generando.

REFERENCIAS

- Adams, J.F., Piercy F.P. Y Jurich J.A. (1991). Effects of Solution Focused Therapy's "Formula First Session Task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.
- Bannink, F. (2007). Solution-focused mediation: The future with a difference. *Conflict Resolution Quarterly*, 25, 163-183.
- Bavelas, J.B., Coates, L., y Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941-952.
- Berg, I.K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I.K., y Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
- Berg I.K. y Miller S.C. (1992). *Working with the problem drinker. A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I.K. and Reuss, N.H. (1998). *Solutions step by step. A substance abuse treatment manual*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (1995). Técnicas de trabajo en equipo. En (Navarro J. y Beyebach M., comps.). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies* (28, 3), 18-35.
- Beyebach, M. Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.*, 36, pp. 33-41
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual familiar y de parejas*. Barcelona: Herder.
- Beyebach M. y Rodríguez Morejón A. (1999). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18-1 , pgs. 24-42. ISSM 1195-4396/99

- Beyebach M., Rodríguez Morejón A., Palenzuela D.L. y Rodríguez-Arias J.L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cockburn, J. T., Thomas, F. N., y Cockburn, O. J. (1997). Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.
- Corcoran, J. (2012). Review of outcomes with children and adolescents with externalizing behaviour problems. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.121-129). New York: Oxford University Press.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S. y Berg, I.K. (1991). Haciendo terapia: una revisión post-estructural. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Dolan, I. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.
- Durrant M. (1995). *Creative strategies for school problems. Solutions for psychologists and teachers*. New York: Norton.
- Eakes G., Walsh S., Markowski M., Cain, H. y Swanson, M. (1997). Family centered solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, p. 145-158.
- Estrada, B. y Beyebach, M. (2007) Solution-focused therapy with depressed prelocutive deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy* (18,3), 45-63.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, I. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Furman, B. & Ahola, T. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: Norton.

- Gergen, K (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gingerich, W.J., Kim, J.S., Stams, G.J.J, y MacDonald, A., (2012). Solution-focused brief therapy outcome research. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.95-111). New York: Oxford University Press.
- Grant (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality*, 31, 253-264.
- Gutiérrez E. (1996). *Terapia familiar y esquizofrenia*. Seminario impartido en el Master Universitario de Formación de Terapeutas Sistémicos. Salamanca.
- Healing, S., y Bavelas, J.B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systemic Therapies*, 30, 30-47.
- Herrero de Vega M. y Beyebach M., (2004). Lösungsorientierte Selbstwertgefühl-gruppen. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*(22,4), 239-246. ISSN 0723-9505
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-13.
- Kim, J.S. (2012). A systematic review of single-case design studies on solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.).*Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.112-120). New York: Oxford University Press.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Studies in social security and health, no. 77. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 38, 689-703.
- Kral, R. y Kowalski, K. (1989). After the miracle: the second stage in solution focused brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 73-76.

- Kuhn E. (1998). Lösungsorientierte Gruppentherapie mit schizophrenen Patienten. En (W. Eberling y M. Vogt-Hillman, eds.) *Kurzgefasst. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa*. Dortmund (Alemania): Borgmann.
- Lindfors, L., y Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89-104.
- Lipchik, E (1994). The rush to be brief. *The Family Therapy Networker*, march/april, 34-39.
- Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., y Nunnally E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.) *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- Lipchik E. y Kubicki A.D. (1996). Solution-focused domestic violence views: bridges toward a new reality in couples therapy. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- Lloyd, H., y Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: Mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*, 30, 5-28.
- McAllister M. (2007) *Solution Focused Nursing: Rethinking Practice*. Basingstoke: Macmillan Palgrave.
- McCollum, E.E., Stith, S.M., y Thomsen, C.J. (2012). Solution-focused brief therapy in the conjoint couples treatment of intimate partner violence. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.196-202). New York: Oxford University Press.
- McGee, D., Del Vento, A., y Bavelas, J.B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- McKeel, J. (2012). What Works in solution-focused brief therapy: a review of change process research. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.130-143). New York: Oxford University Press.

- McKergow, M. (2012). Solution-focused approaches in management. En C. Franklin, T. S. Trepper, W. Gingerich, y E.E. McCollum, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. En A.Perkyla, C. Antaki, S. Vehvilainen, y I. Leudar (Eds.), *Conversational analysis and psychotherapy* (pp. 80-99). New York: University Cambridge Press.
- Murphy J.J. (1996). Solution-focused brief therapy in the school. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research..* San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Hanlon W.H. y Cade B.. (1996). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Quick, E. (2008). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. London: Academic Press.
- Rhodes J. y Ajmal, Y. (1995). *Solution focused thinking in schools*. London: BT Press.
- Rodríguez Morejón, A. (1993). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas de control en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Rodriguez Morejon A. y Beyebach M. (1994). Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En (Garrido M. y García J., comps.). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Saggese, M.L. y Foley, F.W. (2000) From problems or solutions to problems and solutions: integrating the MRI and solution-focused models of Brief Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 59-73.
- Sanchez Prada, A., y Beyebach, M. (en prensa). Solution-focused responses to “no improvement”: A qualitative analysis of the deconstruction process. *Journal of Systemic Therapies*.
- Schade, N., Torres, P. y Beyebach, M. (2011) Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Journal of Family Systems and Health*, 29, 197-205. ISI 1091-7527
- Selekman M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Paidós.

- Smock, S.A., Trepper, T.S., y Wetchler, J.L. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 107-120.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., y De Vries, L., (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety*. New York: Norton.
- Vaughn, K, Young B.C., Webster, D.C., y Thomas M.R. (1996). Solution-focused work in the hospital: A continuum-of-care model for inpatient psychiatric treatment. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B.L. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Watzlawick P. (1984) *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder.
- Watzlawick P., Beavin J.H. y Jackson D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Weiner-Davis, M., De Shazer S. y Gingerich W.J. (1988). desarrollo del cambio pretratamiento para construir la solución terapéutica: un estudio exploratorio. en (M.Beyebach, y J.L. Rodríguez-arias, comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Kadmos.
- White, M.(1988/89). The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter*, 3-20.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. NewYork: Norton.